

3. ふれること・コミュニケーションの原点

福岡大学 井上晴豪先生

はじめに

井上：福岡大学の井上晴豪（いのうえせいごう）です。生まれは東京なんですが、幼稚園は福岡です。明治鍼灸大学という、京都にあります東洋医学の学校に行きまして、鍼、灸の資格を取りました。その後、カナダのバンクーバーにありますサイモンフレーザー大でヒューマンコミュニケーションを1年勉強し、そして福岡に戻りまして、身につけた東洋医学をもう少し深めてみたいということで、その時の興味を中心であったスポーツ選手という集団に対する治療行為を考えました。なるべくメスを入れたくないし、なるべく薬を飲みたくないという集団に東洋医学的な考え方のトリートメントを重要視しました。東洋医学に偏ったテーマを皆さんやってらっしゃるスポーツ医学の研究室がありまして、そちらで、修士論文を書きました。簡単にいうと、スポーツ選手が感じる「張り」です。痛みで今日は欠場とか、骨折で今日は欠場とかいうのもありますけども、最近「張り」という違和感で欠場というものもありまして、スポーツ選手にとってはとても重要な感じですよ。張っているという状態、それをなんらかの形で測定しようということで、測定器の作製から始めまして、鍼治療で張りが柔らかくなるという経験的な知識を治療前、治療後で測って、実際に体が柔らかくなるというようなデータを取って、修士論文とりました。

修士論文が終わった時に、鍼灸とスポーツ医学という中で健康というものを見ていたので、もう少し大きな枠組みで人間全体を勉強してみたいと思い、社会学の領域であります公衆衛生学教室の方の受験を決断しました。福岡大学医学部の博士課程で、医学教育の中の教材開発をテーマしました。医学部生が実習でしかトレーニングできない患者さんの立場を理解する教材で、座学で勉強できるものが何かないだろうかと。カナダ、北米の方だったと思いますけど、講義というものをほとんど廃止して、実習と個人学習をほとんどの時間に割り当てるというメディカルスクールのやり方が普及しつつあって、患者の立場を理解するトレーニングを行っているという動向があります。それにひきかえ、日本の医学部では指摘するほどの実習時間というものを取るのは難しく、5年生以降の数十時間に過ぎませんので、それまでの間にも何らかの資料を提供して、コミュニケーション能力、また患者の立場理解というものを支援する必要があるのではないかということで、そういう教材の開発というのを試みております。

山地：アメリカのメディカルスクールで、患者とのコミュニケーションのためのという。

井上：いえ、その時はですね、自分の意識というのは、まだ漠然としていた時期で、10年近く前ですけども、エイズという情報がまだ日本に、曖昧な形で一般人に知られていた頃に、エイズキャリアの講師の先生が、コミュニケーション学を実際に教壇に立っていたんです。その時は、そういう人が教壇で学生と接近して話をして……。もうすぐ死ぬかもしれないのに、という簡単な興味があって、そんな人の話を聴けるのは日本での環境では今のところ無理だろ

うと。是非、その人の講義を聴いてみたいと思って行きました。特に鍼とか、関連はなかったんですが、そういう人の思いを知りたかった。そして、一人の手記ではなくて、講義という形で伝達しようとしているそのスタイルを知りたかったので行ってきました。

片野：片野です。私は歯医者をやっております。学生に何を教えているかということ、小児、つまり子供の治療をすることの素晴らしさなんですけれども、でも実際に治療をしたことのない人にはそれを具体的に伝えるのは難しいです。そういう意味で、今はビデオ映像を使って、子供に対する経験がない人にも、子供の歯科のやり方のエッセンスを教える方法を、ビデオ教材を作ってやっています。もう一つは、伝えたいことをダイレクトに伝えるために、うちの医局内で劇団を作りまして、劇をやって小学校を回って、歯科健康教育をやるというのを今やっています。

清水：松阪大学で国際関係論と地域研究のアメリカを教えています。アメリカに長かった関係で、コミュニケーションをとるときに、どういうアイスブレイカーをとると一番いいコミュニケーションがとれるのかということに関心があります。それから国際関係は基本的に三つのレベルで成り立つと思うんです。冷戦システム、その次にある国家というレベル。そして最終的には個人というレベル。今日、私たちがここにいる間に北朝鮮と歴史的な会談が行われているわけです。結局は人と人とのコミュニケーションなんです、国際関係というのは。それぞれの人が文化を持っているとすれば、最小の単位としての人と人とのコミュニケーションさえ分かれば、国際関係にそれがつながる。実は国際関係の中でも臨床心理みたいなことをやって、研究している人もいますので、そういう形で開発してみたいと思っています。

岩田：岩田です。去年から、授業改善というテーマの研究会に参加させていただいて、英語の授業改善に役立つアイデアを貰えればと思って今回参加させていただきました。学校という教室の枠を離れた形の英語教育をテーマに研究しているんですけど、今日はコミュニケーションということについて、違った角度からの話が聴けるんじゃないかなと楽しみにしています。

バクニック：バクニックと申します。メディア教育開発センターの教授をしています。プロジェクトとして異文化間コミュニケーションの教材をベースに作ってしまして、特に長期間で外国に行く人たちのために、慣れる方法として、自分自身でも勉強できるような教材です。異文化間コミュニケーションに関しては、山地先生のワークショップにオブザーバーとして様子を見に行くと、かなり、私の興味のあることがあり、言葉というのは、文法とか、発音とか無意識的なところもかなりあり、文化とか、体のことも含まれると思いますけど、自分たちがほとんど分からない状態で、コミュニケーションの違いを感じるところを、どうやってそれを乗り越えるかが、私がずっと前から考えている分野です。

三尾：三尾です。元々、私はメディアのことに非常に興味があって、今は医学分野での仕事をしようと思って、準備しております。メディアに関わるとどうしても体調を壊していく人たちがたくさんいて、その環境の中でどんなふうな治療をしたらよいのか。東洋医学専門の、整体だとか、武道だとか、いろんなものをしていくと、どうしても西洋医学のお医者さんとは対立することが多いので、今回の井上先生は西洋医学の学問もなされ、東洋医学でも科学の面からかなり整備されているということで、来ました。

広瀬：メディア教育開発センターの広瀬です。特に障害者の高等教育については何年か係わっ

ています。あとは山地先生と同じです。FDなどを。

井上：障害者の高等教育というのは、具体的にいうと、どういう対象のどういう教育ですか？

広瀬：私は特に興味がありますのは、放送大学の障害を持っている学生さんなんです。あとは一般の大学で障害を持っている方たちにどのようなサポート体制を作るべきかということですね。

井上：視覚障害者の鍼灸師としての技術獲得のための教育、ああいうのは障害者の高等教育の部分の一つですか。

広瀬：ええ、勿論それも一つだと思います。例えば筑波短期大学などでは、そういった方たちだけを対象にした高等教育をやっておりますけれども、私が特に関心を持っているのは、障害を持っている方たちのためだけのスペシャリスト教育ではなくて、一般の普通の大学でどのように学べるかということです。

井上：そういう集団だけを集めた盲学校とかいうのではなくて。

広瀬：そういうのではなくて、いわゆる一般の大学で、どのようにサポートができるかということなんです。そういう方たちだけが集まったところだと、その方たち用の教材とか、教え方とかというのは、もうかなり伝統もあるわけですから。

医学生のコミュニケーション能力の低下について

井上：早速、私が問題提起させていただきたいテーマの方に入りたいと思います。こちらから何かご紹介できるものというのはごく僅かですが、皆様方の意見を頂戴しながら進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

テーマですが、コミュニケーションを考える上での、「触れること」、「触れられること」の意義を考えて、そこから発生するコミュニケーションについて、少し私が注目しているところについてお話させていただきたい。まず、イントロダクションとして、医学領域の動向ですが、最近、患者主体の医療とか、患者の立場に立った医療とか、患者不在の医療がいけないとか、それから、病を見て人を見ていないとか、いわゆる「患者主体の医療」の重要性が叫ばれています。平成11年にまとめられた東京都での面接による世論調査の結果では、これからの医療、医師に対して望むことというのは、一位が「患者の立場に立った医療をして欲しい」。十二位まであるんですが、上位は「投薬治療についてよく説明して欲しい」、「待ち時間を短くして欲しい」、「なんでも相談できる窓口を設けて欲しい」などで、一位の「患者の立場に立った医療」というのが、50パーセント以上という高率でした。「高い医療技術を身につけて欲しい」、との意見は少数で、挙げられた十二項目中の九番目でした。これらの世論を受けて、医学界においても、最近の医者や医学生のコミュニケーション能力が低下してきているとの問題意識を全国の医学部や文部省がいだき始め、それに対する幾つかの対策がとられ始めているんです。しかし最近の医学生のコミュニケーション能力が低下しているというのをどうやって測ったのか、何を基準にいつているのかが全く示されていないのが現状です。20、30年前に何らかの方法で医学生のコミュニケーション能力を測定した結果があって、そして近年の学生とそれを比較したという縦断的なデータがあるのならば分かりやすいのですが、そんなこと、どなたもやっていません。また、コミュニケーションというのをどうやって測定したのかというのも疑問とな

ることでしょうし、全くお化けのように存在する意識です。しかし、多くの場所で、最近の医者、医学生のコミュニケーション能力が低下していると指摘され、それは、もしかしたら、周りのニーズが高いコミュニケーションを求めるようになっただけで、昔と今と比べて、学生のコミュニケーション能力が低下しているのではないかも知れません。

幾つかの対策が挙げられているんですが、そのうち一つ、二つ、紹介したいと思います。以前の九大サイトの方のSCSでしたか、うちの福岡大学の先生が少し紹介した経緯があるんですが、通称OSCEと呼ばれるコミュニケーション能力の評価方法ですね、臨床能力を評価する試験法なんですが、コミュニケーション能力を主に見ています。認知、精神、運動、情意の各領域の評価に使用可能で、中でも精神、運動領域の評価法として画期的なものであるとして、ハーデンらにより、1975年に紹介されました。カナダでは国家試験の一部に採用されていて、たとえ筆記試験において医学知識が十分に習得されていると判断されても、対人コミュニケーション能力が不十分と判定されれば、医師としての適性を欠くとみて、国試は不合格となるそうです。その方法ですが、外来診療室を一部屋作って、その中に医者役、患者役の人間が入り、その一連の問診、診察課程をまわりでジャッジしていくというものです。もともととはすごく、人間性の部分の適性、不適性を見抜くような評価方法だったんですが、わが国に入ってきた時点でだいぶ様変わりしています。

福大のことで申し上げますが、健康管理科という内科のグループが中心に導入を進めています。中身は結局、診断学の実技試験的要素が強いものです。どういうことかということ、腹痛の患者にこれを聞くのを忘れたとか、この薬の成分である部分をいうのを飛ばしたとか、「じゃ、ベッドに上がって下さい」と患者を促したときに、ベッドに上がった患者さんのお腹を押さえる行為をするんですが、そのときに膝を曲げさせるのを忘れたとか、とにかく診断に結びつくまでの一連の過程が上手に、短時間で、効率よく、スピーディーにできるかどうかで、はっきりした言葉で、やさしく言うたかとか、その程度のもので、相手の話をよく聞くとかいう部分はだいぶ省略されています。結局、インフォームド・コンセントの問題があって、あれをいかなかったらやばいんだとか、これをいかなかったがために後で医療訴訟になるんだとか、というのを避けるために自己防衛的にやっているという部分があります。

それから、SPの導入。これは標準模擬患者像というものですが、ある患者さんを想定して、医学生がその役を演じてみることで、患者の立場に身を置いてみる経験をさせることを目的とした方法です。OSCEの中での患者役にあたるものです。学生が自分がもう医師になったという仮定で医師役をやって、診断技術に至るコミュニケーションとか、話し方とか、そういうトレーニングをするのと同時に患者役もやってみて、患者の立場に立つ経験をする。SPの患者役を演じるのは多くの場合、先輩医師が設定されます。つまり、いろんな患者さんを診てきて、いろんな診察をやってきて、それで、もし医学生が医師役をやったときに下手くそだったら、それを見つけやすい人ということです。一部、俳優にやらせるとか、そういう形でSPの専攻をしているグループもあります。

それから、医学部学士編入学制度というのが増えてきています。ダイヤモンド社というところから出ている「エグゼクティブ」という雑誌に、最近の医学生のコミュニケーション能力が落ちていると、しっかり書いている進学情報誌がありましたので、電話してみました。文部省

へ直接取材に行って、聞いたという内容でした。もしかしたら、公式な文書とかにはなっていないかも知れないけれども、文部省の意向としては間違いなく否定されるものではないでしょうという説明でした。なんで医学部生のコミュニケーションが現在下がっているとお考えですかという部分については、理系で最難関の学部のため偏差値エリートが集中すると。その弊害として、医学部入学の受験勉強に時間を裂き、社会勉強となるような経験が不足したまま入学する結果ではないか。アルバイトとか、道路工事とかして、そういう肉体労働をしてらっしゃる方々といっぱい話をしたとか、ボランティアに参加したとか、そういう時間が取れずにいたような子たちが入ってきているから。そしてまた医学部の中でもアルバイトするとか、社会勉強する時間も取れずに勉強ばかりするからコミュニケーション能力が低い。その対策として、あまり勉強せずに社会勉強したはずであろう他学部の卒業生を医学部の2年生、または3年次に編入させるという制度を設けたと。これが学士編入学のコミュニケーション能力のある医師を育てるの策だそうです。先生方はどのようにお考えになるか、これは是非聞きたいと思うんですが。また、2003年までにほとんどの国公立大学医学部が学士編入学制度を取り入れる計画を持っていますが、現在のところ、定員が1年にだいたい10人ぐらいでしょう。5人から10人程度しかとる予定がないようです。しかし、この枠を増やしていく方針らしくて、そのうち、普通の四年大を卒業した人しか入れないように、そうして、全員4年間で卒業させるという、アメリカ方式のメディカルスクール化を図っているそうです。

私が考える医師患者間のコミュニケーションですが、まず本当にコミュニケーション能力が低下しているのか、ということです。それとも、もっと別の理由で、たとえば、世論があまりに高い要求をしているから、それに対応できてなく、そういう低い評価になっているだけとか。もしかしたら、本人のコミュニケーション能力ではなくて、診察過程の中にミスコミュニケーションを生むような環境、方法が存在するのじゃないかなど、他の面から探ってもみたいと。やっぱり、偏差値エリートが集中してるからだけというのは僕はちょっと腑に落ちない気がしております。西洋医学の診察過程として、まず多くのところは初めて来た患者さんには予診票を書いてもらうシステムをとっています。生年月日、名前、それから今までかかった病気、それから飲んでアレルギーが出たことのある薬、現在他の病院にかかっているか、そして、この質問はどうかと思いますが、今日来た理由は何ですかとか、その他質問をしてみたいことは何ですか。これは医師からいえばとても患者さんが短い時間で自分の言いたいことをなかなか言えないだろうし、こちらとしても知りたい情報はたくさんあるので、会う前に書かせてあげたら楽だろうという思いからなんです。が、まずそこで、患者はそれを記入しなければ診察室に入れないというバリヤを感じる部分も強いと思います。それから、実際、会って話してもいいようなことでも、もう書いてしまったので聞いてもらえないという意識もあります。そして、問診に入るわけですが、多くの場合は医師が必要とする情報について患者に質問をし、患者はその質問に対して回答する。まず医師は黙って、患者に好きなように話し始めてもらってみるという、オープンクエスションの形はあまりとられにくい傾向です。そして、その話も斜めに座ったドクターがカルテに記入しながら、目線もあまり合わずというスタイルで話が進みます。

例えば膝が痛いという、そういう患者さんが来た場合に、「どうされましたか」、「いや、先

週、家族が、集まりがあったときに古い家ですから、椅子じゃなくて畳で、正座を長くしていました」というところで遮られて、「膝が痛いんですか」と聞かれる。省略化したいんですね、余分な情報を。今度は患者が足の裏というんですね。足の裏というから、土踏まずとか、本当に足の裏かと思って診たんですが、足の裏のふくらはぎの後ろの方だったとか、そういう医学用語は勿論言ってくれませんから、共有できない言葉が出てきます。「痛みはどんなですか」というと、「なんか、ひやひやする痛みです」とか、医者は言うんですね。「分かりました」。医者という「分かりました」は、「了解した」、「認識した」、ではなくて、「もう言わなくて結構です」という意味で使われます。「もういい」という意味でよく使われます。

診察室で実際の場面にビデオで撮るということは、今までなかなかさせてもらえなかった領域なんですけど、福大でやった場合も、「分かりました」というの、優しくいうんですけども、患者の意見を、「もういい」ということで、遮る言葉で使われていました。そして、その問診がやっと終わってから、さあ先生に診てもらえるかと思いきや、じゃ、まずレントゲンを撮ってきましようかと言って他の部屋に回される。で、血液を取って、そして先生のところに帰ってきたときに、じゃ、一週間分薬を出しておいて、個人差がありますので、一週間飲んでみて、それで直らなかったらまた来て下さい、というような形ですね。ですから、先生はまず西洋医学的に、仮説を立てます。そして、あらゆる検査をやって、その検査結果で検証していき、そして最終的に仮説検証を組み立てて、病名というのをはじき出します。はじき出された病名にはどういう薬が効くという形は製薬会社さんがきっちり作ってくれていますので、その枠組みに当てはめて投薬を行う。そこでまず、入りたくもない病院の門を開けて入ったわけですから、まず先生に会えるとしたらどうだろうか、ということを考えます。

東洋医学のスタイル

井上：ここから、東洋医学の医療スタイルというのを説明します。東洋医学、鍼、灸、按摩、マッサージ、これ、鍼、灸、按摩、マッサージ、指圧というのは同じ資格ですから、マッサージということで、三つの物理療法ということで、三療といわれています。この三療の診察の特徴なんですけど、四診法といわれるものがあって、望診、問診、聞診、切診というのに大きく分けられます。望診というのは、表情、毛髪、皮膚、爪、舌、眼球などの色、光沢、その成状、だらだらしているとか、凸凹しているとか、そういう形状とかですね。そういうのを診る。問診というのは、患者の訴えを実際に聞く。言葉として聞く。聞診というのは、そのしゃべっている中での声の成状、それから呼吸音、それと同時に口臭や体臭を診る。これも聞診。臭診というのではないので、聞診の中に含まれます。切診というのは、切るという形で表現されているんですが、それは施術者の手や指先で患者の体、またはツボに触れて、皮膚、そして筋肉、そしてあらゆる組織の成状、それから圧痛などを診る。実際に触る主義です。検査機器とか、レントゲンを撮るとか、資格は与えられていけませんので、自分の体が検査機器の代わりですので、それをフル活用しなければいけませんので、患者さんにべったりくっつくことが必要になってきます。

そして、問診と施術は同時進行で行われるというケースがほとんどです。まず患者さんと施術者が向かい合って、施術者がカルテに記入しながら話を聞くといった状況はほとんどとられ

ていない特徴があります。患者さんが来たら、まず、すぐベッドに上がる、または座ってでも、寝るか、座るかして、ベッドにすぐすすめられます。そこで触りながら、話をするという行為が始まります。患者への質問というのは施術を行いながらされますが、これはどのような理由があるのだろうかと書いてありますが、自分の体、耳、目、鼻、手先、そういうのがセンサーで検査機器ですから、触りながら話を聞くという状況がどうしても生まれてしまうわけです。マッサージは健康を保つ行動。まだ病気になっていなくても来るという状態であり、また、気持ち良さを提供する時間でもあるので、あまりしゃべっている時間ばかりで、揉んでくれる時間が短いというのはすごく患者さんは嫌がります。また、マッサージは何分でいくらという形で商売していますので、保険的な話では長くて1分100円程度が相場なんですけど、あまり話の時間で、触らない時間が長いと文句を言われるということです。

それから、2は問診、これ、問診が終わらないと施術しないと印象を与えたくない。どのような患者でも疲れていると思うからです。施術へのバリエーション意識を持っている、こういう意見が聞かれました。

そして3番が、早く安楽な姿勢にさせてあげたいので。それから、患者も、施術者も簡単な言葉、医学知識を要しないで情報交換ができる。触りながら話をする、その辺が、医学知識を要しない言葉が使えるということです。例えば、患者さんに、「足の裏が痛い」といって、足の裏が実際はふくらはぎのことだったというような誤解はなくなるし、腰が痛いんだけど、どういう動きが痛いですかと。医者はカルテに書こうとして話を聞きますから、前屈動作時とか、後屈動作時、側屈時、捻転動作とか、いろんな、そういう言葉を書きたいんですが、患者は、「こうすると痛い」とか、「こんなふうにすると痛い」とか言って、なかなか前屈、後屈などという言葉は言ってくれないのが当たり前です。触りながらいきますと、たとえ、その痛い部分が背中であっても、足であっても、この辺が痛いんですかと聞けば、施術者はそれでいいし、患者は、「そうです。そこです」とか、「いや、もうちょっと上です」とか、「もう少し下です」とか、「そのグリグリしたところ」とか、実際、今、触っている相手には伝わるわけで、そういう言葉で情報交換ができるメリットがある。それも、触りながら話をするというのの一つのメリットです。それから、患者への質問の幾つかは手先からの情報により構築される。初めて会う患者さんに対し、予めの質問というのはほとんどない。痛い場所は、例えば、足の裏だったとします。腰痛しか訴えていない患者さんが、こんなに、足の裏に痛い場所を持っている。ここは、例えば、便秘でよく使うツボの位置だとすれば、ここを押すとそんなに痛いということとは、最近便秘がちなのではないですかという質問ができるのですが、それは触りながらではなく、座ったままですと、一生できなかった質問ということになります。患者が「右が、背中の右だけが痛むといいましたけれども、押されると左も痛みます」。それは、本人が知らなかった痛みで、触りながらやってもらわなければ一生言えなかった情報です。「そういえば咳が出ます。」今、押しているその辺がこってきます」押してもらって初めてそのことを思い出した、思い出せたわけですね。こういうふうに情報量がすごく増えますし、その患者とのコミュニケーション、情報でしか患者の状態をチェックできない。

総じていいますと、西洋医学的診察はまず問診で得た情報により仮説を立て、様々な検査を行って、仮説の検証を行い、妥当性のある既存の治療指針に当てはめて治療を行うといった特

徴がありますが、このため、仮説を検証するために必要な分岐点的質問項目を効率的に患者に回答させることが、患者にとっても、医師にとっても喜ぶべきスピーディーな診察となっている。医師が求める情報のみを効率的に引き出される献体のような気にさせられ、その結果、患者の立場を理解していない、いくらスピーディーでやってくれても、そんなのは理解していないとの評価を受けるのではないのでしょうか。こうすると、医師の、本人が勉強し過ぎでコミュニケーション能力が低いというのではなくて、その予診、問診としてパラメディカルによる検査、そして投薬という、このスタイルがコミュニケーションが低下している、あたかも低下しているような人間と評価される原因なのではないのでしょうか。

「触れる」効果

井上：患者さんの体に触れながら話をする効果ですが、単語が適切かどうかはちょっと分からないのですが、「主我」とか、「客我」とか、そういう言葉を使っているんです。患者さんが、患者の主我に近い診察点への導き、施術の強弱、言語表現などが生まれやすくなる。個別対応型治療の印象を与えやすい。というのが東洋医療の、施術者と患者の関係にはこういう特徴があるといえます。「主我」について、補足しますけれども、患者さんが自分で自分のことをこういうふうな人と思う。自分で、自分はこういう病気を持って、こういう状態にあると思うという主我像、それが自分を診てくれる、治そうとしてくれる医者がそれにものすごく近い像を頭の中に描いてくれていると分かったときはすごく嬉しいし、いいコミュニケーションが成立している状況じゃないかと考えています。こういう主我に近い、また主我の接近を可能にするのに、触りながら問診する、治療しながら問診する。触れながら話をする。触れられながら・・・。

片野：私は、本当にコミュニケーション能力が低下しているのかすごく興味があって、例えば少子高齢化、つまり、子供が減って、年寄りが増えたことによって、子供に対する経験が不足している、という決まり文句があるんですけども、本当に子供に対する経験量が減っているのか不思議に思っていたので、学生にアンケートをとって、本当に子供に話した経験がないとか、そういうのを聞いてみると、確かに、家族内にはいないけれど、別に、親戚とか、近所から子供が消えたわけではないから、そういったものを調べずに、そう簡単にはいえないなというのを、ここで思い出しました。

清水：片野さん医学部歯学科ですね、歯学部っていうのは、例えば、歯医者さんは口を開かせて、ずっとご覧になって、これ、沁みますかとか、痛かったら手を挙げて下さいとか、ちょっと引っかかっていますけど、どれだけ深いかレントゲンを撮ってみます、歯科治療って、ひょっとしたら、先生のおっしゃる西洋と東洋の真ん中あたりにあるのかなと。歯科学の先生は口を開けさせて、ここが沁みるというのは、彼らにとって、非常に曖昧な部分だと思うんですね。毎回沁みるっていうんだったら、絶対間違いなくこうだと言えるんだけど、その点では、医学と歯学の治療の仕方があって、歯学の場合レントゲンを撮って、すぐ出てきますよね。そうやって、前に確認してもらって、ここがやっぱりあぶないから、そこを治療するね、と言われるのよね。

片野：やっぱり、ある程度予測してやるわけですね。だから、予測によって、甘いものを食

べると沁みますかとか、夜痛みますかとかね、やっぱり、その辺は順番に質問して、これは神経までいっているんじゃないかと思ったときは、そのでの質問を段々出していくわけなので。ある程度、歯科は外科だから、内科とはちょっと違うので。結局自分がやらなきゃいけないところがありますから。その辺はちょっと違うかも知れないと思うんですけど。

岩田：医学では、西洋と東洋というように、大きく分けたら二つになっちゃうでしょうけど、その西洋医学に携わっている方でも東洋医学の発想でコミュニケーションを意識した治療法をしている方もあるのでは。例えば、魚の骨がささったことがあるんですけど、場所を言って骨を取っていただきますよね。痛みをとって頂いただけで十分嬉しいですけど「大変でしたね。これは痛かったでしょう」なんて言葉をかけてもらおうと、さっき先生がいわれた「主我」というのか、自分の苦痛を分かっていたいただいたということで、安心感というか、痛みがとれたのはまた別の気持ちがありました。だから、患者の立場にとってみれば、東洋、西洋ではなく、東洋の良さを取り入れた西洋医学みたいなものをやってみようというのではと思いましたね。

井上：今、正に喉に刺さっていたものをその先生が持って、自分の口の中から出てきたものをそうやって、「これは痛そう。大変でしたね」っていっているわけで、患者の痛そうな表情や、仕草を見て、それはもう、既に触れていると思うんですよ。手は触れてないかも知れないけれども、目や、視線や、そういういろんな、言葉とかでも先生に触れていると思うんですよ。先生も、触れられているから、という意識があるから、何か言葉も返したでしょうし、また先生も、この人に対してぴったりの言葉を選べたんだと思うんですよ。もっと違うタイミングで、取り出した骨を持っている時にいかなかったらどうかとかですね、ちょっと違う感情で受け止めて、それほど嬉しくなかったかも知れないと思うんです。その、触られながら言葉を交わす、ということに少し注目して問題提起してみたいと思うんですけれども。同じ言葉でも触られている途中にいわれることと、触られてない時にいわれる言葉と、いくら共感を持てるような言葉でも、全然、受け止め方、感じ方が違うんじゃないだろうかと。いい方に促進できるのがタッチングじゃないかなというような気がしているのですが。

医療におけるコミュニケーション

山地：最初の西洋医学でのコミュニケーション能力というのにちょっと戻っちゃうんですけれども、もし結果責任で、良い治療が行われればね、コミュニケーションがどうして必要なんだろうと思うんですよ。結果としていいトリートメントができれば、問題ないんじゃないかと。元々、そういうような発想で組み立てられた医療モデルなんだから。エキスパートがいて、トリートメントされる対象があって、それで、この対象の扱い、つまりブラックボックスの中で意志決定が行われても、最終的に効果のあるあり方であればね、それは有能な医者なんだろうと思うんですよ。この東洋医学の方でやっているということは、さっき清水さんがいわれた通り、一種、同行二人の風体だよ。おそらく東洋医学の中でも、例えばその人の声を聞いて、喉のところに「フン、フン、フン」と入れて、「はい、治りました」っていう人もいたりするわけですよ。そういう場合、今度は同行二人は成り立ってないというか。だから、プロセスを共同にしながら、なんか進んでいく。その時に、知覚の制度化というのが、さっきの四診法で、治療のルールをその人の知覚の中で組み立てるわけでしょう。そういう意味では、勿論、診断は

するんだけど、それと同時並行的に心理臨床でいえば、絵を描くとか、箱庭を造るとか、ダンスをすることと同じようなプロセスを一緒にしているということが効果を持つということのような気がするんですね。逆に、そういう意味でいえば、こういうコミュニケーションが西洋医学の中でも効果があるということがもしあればね、コミュニケーションの教育が成り立つと思うんですよ。今のところはそういう、パーソナルな間のコミュニケーションとか、お互いに同行二人的なアプローチが治療にとって必要だという認識が無いところでね、コミュニケーション能力を高めようといっても、おそらくニーズがないというか、元々そういうような患者治療者関係が無いというところで、はじかれることはないの。

広瀬：ちょっと、関係があると思うんだけど。病気の質が変化しているんじゃないかと思うのね。例えば、昔の医療だったら、死ぬか、生きるか。盲腸で腹膜炎を起こして死ぬか、あるいは生きるか。今は、高齢化しているし、そんなにばっちり治らない病気が増えていると思うんですよ。膝の痛みにしても、腰の痛みにしても。そうすると、絶対治るか、治らないかだったらね、医者はお前は黙っている、私に任せなさい、といって、パンと足を切断しちゃうとか、そういうことが可能だったし、それでよかったけども、質そのものが変わってくれば、「やっぱり痛いよね」、「階段は特に痛いでしょ」ということで、効きやしないんですよ、たいして。昔だったら、よっぽどのことでないと医者様には行かないという人たちが、今や老人医療でね、もう毎日通ってくる人が、たくさんいるわけでしょ。そしたら、「今日、顔色いいね、おじいちゃん。腰、どう？ 暖かくした方がいいよ」っていつてくれるか、くれないかっていうのはすごく大きなウエイトになってきて、昔の医療とか、病気とか、その質が変わってくれば、コミュニケーションの質も当然変わってくると思うんですよ。あともう一つ私が思うのは、コミュニケーション能力とここでいっているのは一体何かということだと思うんですね。さっきおっしゃったように、シンパシーを求めているのか、お医者さんがなんか取っつき難くて、大きな椅子に座っていて、患者は小さな椅子に座っているという、そういう構造そのものをいっているのかね。それから、このコミュニケーション能力が低下しているって、コミュニケーションが何なのか。医者側がいつているコミュニケーションか、患者側がいつているコミュニケーションか、質が違うだろうと。これをはっきり定義する必要がある。

それからもう一つ、先生が先程、医者は短い方が患者は満足しているっていうことをおっしゃったけど、本当にそうだろうか。そうすると、私はやっぱり、この問題を考えるのは、医学界のシステム全体の問題で、保険の点数が、例えば精神科医が話を聞くのに、何の点数も付かないでしょ。検査して、レントゲン撮るなり脳波を取るなり、当然そちらの方には付く。システム全体の問題でしょ。例えば、耳鼻科なんかでも、点数が低いから、たくさん患者さんを診ないと、開業医なんかやっていけないわけですよ。そうすると、やっぱり、そういうシステムそのものの構造が問題じゃないかと思うの。

あともう一ついえるのは、西洋医学対東洋医学というダイコトミーです。そうすると、実は見えないものがあるんじゃないかというふうに思うんだけど、例えば、昔の西洋医学の教育の中で、触診というのはすごく重要だったと思うんですよ。とにかく触んなさい。お腹をよく触りなさいと、よく医者はいわれたって。でも、検査を重視するようになったり、それから保険の点数の配分なんかによって、触診の時間がすごく少なくなっている。そうすると、西洋

医学対東洋医学というダイコトミーじゃなくて、西洋医学の教育とか、システムそのものが、患者の層も変わってきている、それから、治療も、質も変わってきているということで、随分変化しているということを最初におさえないと。西洋医学がそこに、助けを求めるといふかね、桃源郷を見ろというの、実は、本当は、昔は西洋医学の医者はすごくよく触ったし、シンパシーを、なんでも受け止めてくれるような、それこそ離婚の相談までしちゃうようなね、そういう医者だってたくさんいたわけじゃないですか。でも、今、時間がない、それから保険の点数が付かない。そしたら、聞いている時間がないんだったら、早くしなさい。患者がおじいちゃんがこうして、あの時蹴躓いて、そこにバケツがあつて、っていうんだつたらば、はっきりと問診票でクリアに書いておいてもらった方が分かりやすいってのもあるんじゃないですか。医学そのもののいろんな側面が変わってきているってことをきちんとおさえないと、なんていうかな、東洋医学的なものに逃げるといふか、懂れてしまう視点ばかりを強調するのは、実はすごく大切なものを見逃しちゃうんじゃないかなっていう気がするんですよ。

山地：今回井上先生に来ていただいた趣旨というのは、西洋医学と東洋医学を比較するっていうことよりもね、良いコミュニケーションって何、という基本的な発想に至るために、こういうものが役に立つんだろうってことで、ちょっと話題を提供してもらったのよ。勿論ね、西洋対東洋っていったって、中にはいろんなバラエティーがあるわけだから、ダイコトミーもちろん入れて。

バクニック：コミュニケーションについて、日本の大きい病院ではどんなに上手な先生でもひとり3分の時間で、あまりコミュニケーションができないと思います。厚生省で決めているような制度では、コミュニケーションがよくなれないと思いますけど。それが一つで。私が日本に来て、日本の西洋医学を見てみると、非常に外国的です。多分、日本に入った時期の影響だったかも知れませんが、非常に客観主義が強い感じです。西洋でも20年ぐらい前から随分考え直したりして、もう少し患者の立場とか、さっきおっしゃったように、医学のコースで学生たちが患者のことの練習とか、聞くこととか、理解することがだいたいの医学部で大事になっていると思います。大きい病院は、いろいろ限られているんで、コミュニケーションが非常に難しいと思いますけど、例えば私の行くクリニックは、非常にいい先生だと思います。その意味では、理解ができるんです。言葉の理解じゃなくて、私の感じとしては、信頼しているんです。私の言うことを、間違って先生が十分理解していないと思えば、もう一度言い直すことができるし、相手も同じように、お互いに理解ができる状態だと思います。もう知り合いのような感じです。私が医者に行くときは、病気のこと以外、いつも少し話すんです。そういうふうには、まず人間としてのコミュニケーションです。その上での、病気のこととか、だから、患者としては、病気が中心じゃない感じで、人間としてのコミュニケーションが中心だと感じます。それが、行くだけで、何パーセントだか分からないんですけど、会うだけで気持ちが良くなるんです。それで、すごく大事なことは、相手の態度が大事だと思います。それから、日本の大きい病院に行くと、何時間も待たされて、全然医者が分かってくれないし、私の言うことも聞かないし、非常にがっかりするんです。治ることは本当に医者と関係なく、自分で治ったという、そういう気持ちがあつて、もう二度と行かない。どんなにひどくなくても。ああいう病院に二度と行かないということに決めましたけど。やっぱり、人間同士の広い意味のコミュニケ

ー

ションが大事だと思います。それは、勿論、時間が大事で、だいたいUSAでの患者の予約は30分です。お医者さんによってはコミュニケーションが上手な人と上手じゃない人がいるんですけど、30分があれば、結構、結論のところまでゆっくり話することができます。だから、だいたい満足できる場合が多いと思います。

「触れること」「触れられること」

井上：信頼しているドクターに、体を診てもらう時に、ただお話するのと、診てもらいながら手を使って触りながらお話するのと、その違いってというのは、体験的にお話していただけることはできますか。

バクニック：体験的にはあまり変わらないかなと思います。上手に口でコミュニケーションができれば。

井上：触っていろいろが、触ってなかならうが。

バクニック：ええ。それで、東洋医学、アメリカで受けたことあるんです。全く日本と同じものじゃなかったかも知れませんが、触るまでは、1時間ぐらいの自分の一生の話を、過去まで話しました。それから、手でそういうことをしたんですけど、コミュニケーションとしてはそれでもすごくよかったと思います。日本と逆みたいかも知れませんが、本当に、普通の西洋医学の質問より随分広い範囲のことで、そのあと自由に話せることもできたので。

井上：じゃ、僕が急に体を触ったら、多分、嫌だと思います。そのドクターが触るのよりも嫌な気持ちがすると思うし、それで僕が体を触って、お話をしてもいいコミュニケーションが生まれるような気が、僕も、しません。人によって、触られながらしゃべるのが嫌な感じがしたり、かえって良くなったりするのは、やはり触ることがコミュニケーションに無関係ではないからだと思います。信頼したドクターとは、もう何をされても、あるいはもう、ミスが起こっても、ミスコミュニケーションは起こり得ないかも知れませんが。タッチングがコミュニケーションに無関係とは到底思えない部分があると思います。

バクニック：勿論そうでしょう。

井上：それが、コミュニケーションを促進できる方にうまくコントロールできたら、いつもそういうふうに使えたら、という部分を見つけ出せたら、東洋医学でも更に使えるし、友だち同士でも使えるし、西洋医学でも、東洋医学の中でもいろんなところで使えるし、一つのコミュニケーション促進方法として使えると思うんです。それにはやはり、触られる側の意識っていうのが随分大きくなってくると思うんですが。

広瀬：でも、触るっていうのはかなり、そのコンテキストによるんじゃないですか。すごく。ただ、触ればいいっていうもんじゃないし。

三尾：医者と患者の立場だと、普通よりは、全体として触ることが出来るというのは不思議じゃないですか。受け入れられる関係にはありますよね。初めて会った人や、ぱっと電車で乗り合わせた人が、こう触るのと、お医者さんと向き合って、ちょっと見せて下さいといわれるのと、全然心理的に違いますからね。

広瀬：勿論、おなかが痛いんだったら、おなかを触ってもらうわね。そういうコンテキストが

あったからで、そうでない人に、違う手で触れたら、私に気があるのかしらなんて思っちゃうわけじゃないですか。

三尾：あと、触り方でもありますね。武道とか、整体とか、いろいろ研究をしていて、触る角度とか、皮膚の構造とかをみてた時に、緊張していく触り方と、リラックスさせていく触り方っていうのがあるんですね。基本的にはリラックス法がいいと思うんですよ。

井上：そのモデルとしてです。触られて、コミュニケーションが良くなるモデルというのを紹介したかったんです。コンテキストによって逆になるのは僕も知っていますが、良くなるものの一例を紹介したかったんです。そこにある、「ふれられる側」「ふれる側」の心理というのを。なぜ良くなっているのかっていうのは、皆さんとお話していく中で、言語化でき、知れたらなと思っています。そのモデルの時になんで良くなったんでしょうか。

清水：コミュニケーションってというのは、お医者さんという権威者に対して患者がいるわけですよ。その人が触ってくれるとそのことに、大きな意味でコミュニケーション権威という、意味が出てくると思うんですよ。そこで、「触れる」か、「触られない」か。同じお医者さんと大学の病院側に、権威というものをもしコミュニケーションの視点から考えた時に、患者さんが大学病院に来るというのは、教育研究機関である一番多くの症例を持っている。そこで本当に1時間待たされて、3分しか診られなくても、コミュニケーションの中にももしサティスファクションというものがあるとすれば、それは必ずしも低くないかも知れない。ところが、町医者さんの場合は、町医者さんがいろいろお話をしながら診てもらってということが重要で、それも一つのコミュニケーションだと思うんですが。

それの他に、先生にすごくお聞きしたかった一つの例があって、今年の4月に私の大学に25才の女の子がスタッフとして入ってきたんです。情報研究センターに行くと、初めて会った日から、わりと触れるんですよ、「先生」って。今、私に気があるとか、そういう意味ではないんだろうけども、ちょっと手に触れてみたりする人なんですね。それで、後から分かったことは、実は彼女の家は整体師なんですね。彼女は整体師の免許を持っていますと。いつも、触れることができる。整体師の人というのは確かに触れることには慣れているらしいけど、今、広瀬先生がおっしゃった、見ず知らずの教官が入ってきて、「ああ、先生」みたいなことをやられると。実際の職業の方っていうのは、わりにそういう、触れることに対して、一番敏感であるような気がしないわけでもないんですけど、そうじゃないんですか。彼ら、彼女たちっていうのは、いつも触れるということに対して非常に重きを置いているにも関わらずに、それをカジュアルなコンテキストであっても、ぱっ、ぱっと触れるというのは、ある意味においてバリエーションがなくなるんですか。

井上：いや、そうは思いません。それは一般の人と変わらないと思います。実際に触ることを許されて、触った後に、この手でどういうふうになれば心地よく感じる触り方とか、心地悪いかとか、そういう面に関しては凄く敏感に感じて、向こうが心地よくないと思っているとか、いいと思っているとか、そういうのは敏感に、そういう社会で生活している中で、ここで触っていいか、触ってよくないかというセンサーに関しては一般の人と変わらないと思います。

広瀬：それって結構、職業とか経験と関係あると思いますよ。触れるか、触れないか。

山地：例えば、看護、患者という環境に入ったところで、例えば指圧をすとか、あるいは脈を測るという時の触れ方というのは全く意識が違う。ある意味では普段のパーソナルな自分というものを切り離れたところで、それはやれているので、安定というのかな、安全な状況のときね。そうでなくて、非常にパーソナルなところが出てしまうと、自分が壊れるってこともあるからね。さっきの、センサーの方に戻りたいんだけど、こういうふうに触れるってということが起こっていて、それで良くなっていくプロセスというのがね、なぜ起こるのかっていうこと。もし、さっきの、プロセスと一緒に進んで行くというような切り口をとるとすると、施術者の側には何が起きているのかっての、すごく大事なテーマだと思うんですよ。

井上：施術者は、自分は触れていいと思っているし、相手も触れられていいと思っている何か、その心理を見抜いているというか、そういうオーケーサインを何らかの形で感じるから、触るんだと思うんですよね。

「触れる」ためのシグナル

山地：その、何らかのサインってさ、何なんだろうね。あるシグナルなんだよね。

井上：触ろうなんて思ってなかったのに、ある人に会うと、日頃、そういう、習慣が無かったのに、握手をしたくなる。抱き合いたくなる。それは、何らかのシグナルをお互いが受け合ったからだと思うんですね。別に触らなくても、そういう空気の発生機等を見つければ、いろんなコミュニケーション上で役に立つと思うんですよね。

三尾：触れないけれども、触った時と同じような効果を出す。

井上：そうですね。触れる、直前の、本当に直前の、前段階のお互いの心理みたいな。

山地：これは、施術者として何か構えを持っている？ 例えば、そういうふうな情報をキャッチする、ある意識の持ち方を自分で整えているとか、必ずそんなふうになるようにっていう、ある工夫を。

井上：そうですね。たくさん触り、そして触りながらしゃべることがいい場合がたくさんある。これだけ言えたりする僕でも、なるべく触らないで済ますべきという空気をばっと、患者さんで察知して、前の患者さんと全然違うタッチングで治療を終えて、いい評価を受けることもたくさんあります。何らかの瞬間があると思います。そこに。

山地：井上さんとしては、特に、こうやって話している意識状態なのに、それはそう起こる。

井上：はい。まるで初診の人で、そうそう触れないはずなのに、もうその人に呼ばれるかのように、こう、触れる。前の人は毎回来て、よくよく触っているけれども、今日はなんとなく触らない方がよさそうな、というので、こっちも触れない。いろんな場合があると思うんですが。

山地：全体的な一つの共通感覚みたいなものなのか、それとも井上さんとして、何ていうのかな、窓口にしている器官があるとかね。例えば、胸のところに来た時に手が出てるとか、そういうのあるの？ それとも、さっきいわれたように、ほんとに手の方からそうなっちゃっているっていうので逆に気づかされるという体験なのかな。

井上：そうですね、そうなっちゃっているということに。あと、そういわれれば、なかったような。

岩田：多分に直感みたいなのはありますか。井上先生は声を聞いたら、その人の様子が分か

るって、どなたかがおっしゃっていましたが。例えば、こうやって初めてお会いしますよね。顔色なり、声の張りなり、それから顔の表情なりを見て、なんていうか、直感めいたものがあるんですか。例えば、いろいろな患者さんが来られますよね。そういう時に、実際、治療をする前に、この人にはこういう感じと測るものが何かあるのでしょうか。

井上：ごく、ごく、幼稚な仮説なんですけれども、そういうのを決める、その人に合わせて、言葉遣いや、声のトーンや、態度を決める条件の一つに視覚というのは大きいと思います。視覚っていうものを、一旦隠したらどんな行動になるんだろう。なんと都合のいいことに、触る職業をしていて、しゃべる職業をしている視覚障害者のマッサージの先生っていうのがいて、私、その人たちにインタビューを試みたんですけども、その人、見えないなりにその人を判断するのは、おっしゃるように声のトーンだったり、大きさだったり、とにかくその声に秘められたその人の像、想像させる像でほとんど決まる。勿論、それは敬語を使ったとか、乱暴な言葉使いだったとかいう、そういう文字に起こせば単純なことから、もっと微妙な声のトーンや、長さや、波長があると思うんですね。そうなってくると、よけいに触ることによって促進されたり、削減されたりするのが大きいと思うので、非常に苦勞して仕事をされているようなんですね。患者さんとコミュニケーションを取らないわけにはいきませんから。しかも良質の。そこで何らかのコミュニケーションの「こつ」みたいなのを探したいと思うんですが……。僕が触ってもいいと判断して触るというよりも、先生が触ってもいいというのを出しているから、つい手が出ているというか。言葉もそういうやり取りが、言えるというのは、もう先生が既にいわせてくれている、何かサインを出していると思うんですよね。そういうのを見つけることを、僕は今日、問題提起にしたいんです。

バクニク：何年も前のかなり人気のあったベストセラーの本がありまして、英語で、「I'm O.K. You are O.K.」という。簡単に見えるんですけど、心理学的な本で、セラピーとして、患者に「I'm O.K. You are O.K.」とコミュニケーションができれば治ることができるという意味だったんです。それを思い出して、やっぱり、両側に、一方的ではなくて、患者と先生が、相手がオーケーという感じだったら、触ることができると思いますけど、やっぱり、一方的だけだったらだめだなと思います。複雑な状態で自分の条件とか、微妙な関係ところで、多分さわられることで、コンタクトが欲しくないとか、相手はそういうバリヤもコミュニケーションはするんでしょ。それが同じ人でも、場合によって、自分の感情や、立場が違うと、ちょっと、体でコミュニケーションすると思いますけど。多分、自分の先生は、日によって、ちょっとタッチのやり方が違うかも知れません。それは、自分のコミュニケーションと議題がそこに入るから。

コミュニケーションのねらい

片野：コミュニケーションの「質」や「こつ」といったようなことが、その点はやっぱり、目的をなにか置いたコミュニケーションってことなんじゃないでしょうか。私なんかだと、子供とコミュニケーションをとるというのは、子供の協力を得るため。それに、子供が自分に協力してくれるためにコミュニケーションをとる可能性があります。子供にも、用語で、協力児、非協力児といいます。要するに、治療に対して子供は協力してくれないのが当たり前なので、超非協力児というのもあるんですけど、良い子はこっちのことを聞いてくれるというので、そうい

う分類をすることはある。だから、コミュニケーションをとって、相手が自分のいうことを聞いてくれば、治療が早く終わるから、そういう意味の目的があって、そのための子供に対する「こつ」とか、そういった、いいコミュニケーションをとる「間」というのがあるんです。先生も同じようなことをおっしゃって、「技」とか言っていたんですけど、上質なコミュニケーションとか、コミュニケーションの、「こつ」というのは何を目標として、コミュニケーションをそのように考えていくのでしょうか。

井上：そうですね、コミュニケーション自体、説明するの、僕、難しいので、そのまた「こつ」とはとかいうのは、本当に難しいんですが、一つは相手も、こちらも腑に落ちるとか、お互いが共感するとか。共感。

片野：さっき、先生がおっしゃった、治らない病気が増えてきたというのは、治らないから、患者さんに不摂生な生活をしないでくれとか、努力を要することが多いので、医者はコミュニケーションをとって、患者さんに自分にいいことを続けるようにということをいって、やっぱり、コミュニケーション、どこまでも「共感」だと思います。

井上：さっきのいうコミュニケーションでいうと、リレーションシップに近いような感じで、僕も早く終わる、君も早く終わる。そして、治る。いい関係。いいコミュニケーションというような。

山地：けどさ、医療行為だから、当然目的があって行っているわけだね。でも、そこでの良いコミュニケーション、「共感」ということだと、ずれない？ というのは、例えば、こうやって、1番から5番になるような形で、いろんな知覚情報と、言葉かけを併用しながら、相手のレスポンスを待ちながらやっていくことで、今回のセッションはとていいコミュニケーションを取れたと思う時というのは、よく共感できた時なの？

井上：相手の「自我」に接近できたというのは、一つ大きな成功だと思いますし、その人の「自我」に近づけるといえるのは、治療を行う上での第一歩ですが、ものすごく成功しなければいけない第一歩だと思う。

山地：それは、治療を受ける側からいえば、そういう体験になっているのかな。成功したコミュニケーションって。

井上：自分の立場をよく理解してもらうこと。

岩田：僕は、患者によって二つあると思うんです。単に肉体的な痛みを和らげてもらいたいと思って来る方と、それだけでなく気持ちを和らげてもらいたいという方と。肉体的な痛みを解決したい人は、早く痛みを和らげてもらえば、会話がなくとも満足だろうし、お年寄りの方で、慢性の痛みがあって、ちょっと様子や話を聞いてもらうだけでもいいっていう方にとってはシンパシーを共有できるようなコミュニケーションが必要でしょうし。

井上：そうですね。別々の患者に対して瞬時に、ドアに入ってきた瞬間に、ぱっと、臨機応変に変わってしまっている。その「こつ」を知りたいんです。

岩田：医者コミュニケーション能力が低下しているといわれ始めているのは、医者にシンパシーを求めるというか、自分の立場を分かって欲しいという思いがだんだん増えてきているせいじゃないかな。例えばアメリカには精神科医がたくさんいて、体の痛みではなく、日頃の悩みを聞いてもらったり、相談事ができるそうですね。日本では、全ての医者にそういった側面

を求めるばかりに、医師はちょっと最近冷たいとか、愛想が悪いとか、いわれ始めているんじゃないかなという気がします。英語の教材にサイコセラピーとかよく出てきますがあれって実際にはやっているんですか。

バクニック：それは元々あります。だいたいどの学校でもカウンセラーとか、何人もいますよね。昔はそういうカウンセリングとか、精神的な医者に行くことは悪く見えたんですけど、今は平気です。以前よりずいぶん行われています。それはある面では、まわりのコミュニティーとか、まわりの親戚とかが、いなくなってしまうと、自分の問題に関して、聞いてくれる人がいなくなっていると思います。日本もだんだんそうになってきて、それでその代わりに医者とか、カウンセラーに聞いてもらう。日本でも、アメリカでも。だから、社会的にはバランスが崩れているという人がいますけど。それで医者は大事になったり、コミュニケーションが大事に

なっていると思いますけど。

清水：山地先生がおっしゃった「共感」の話にちょっと戻らせていただきたいんですけど、なんか、「一体感」という言い方がいいのか、「共感」がいいのか、痒いところに手が届くというのか、先生のお話を聞いて考えたんです。例えば、初診の方であれ、長い間来ている方であれ、先生はアイコンタクトとおっしゃいましたが、初めて、その日に、診断といって手を触れられた時に、先生はスポーツ選手を診られると思うんですが、この選手は前回よりも走っているな、走っていないな、というのは、先生の指はまだ憶えているのかな。初診の人に「ああ、気持ちいい」っていわれると、この人は触ってもいいんじゃないかというテンスになった途端に、先生はそれを指から感じて、この人はあまり触らないで、もう少し別の方法をとった方がいいんじゃないかと。そういうコミュニケーションのスタイルというのが、実は先生の経験に裏打ちされたものと、触診というごときものなのか。

もう一つ、ER、Emergency Roomは、コミュニケーションとしては非常に速いコミュニケーションをとっていかなきゃいけない現場のような気がするんです。いつ、誰が入ってくるかわからないわけですし、ドメスティックバイオレンスも見つけなければいけない。そういう状況の中でコミュニケーションをいかにとるか。ケミカルって英語でよくいいますよね。ケミストリー、それがあるんだろうと。アメリカの友だちの結婚式に行って、それで奥さんがギブミー・ア・ハグというわけです。普通、男性と女性が抱き合うっていうこと自体、私のイメージから言うと、恋仲でもないのに抱き合うこと自体おかしい。そういうところがやっぱり、コミュニケーションというのは、アメリカの方がある。そういうスタイルってあまり日本にはないですね。

片野：お医者さんが握手するときにありますよね。あれはかなり、触れる、触れられる関係はあるんですか。それとも、愛着くらいで、全然ないんでしょうかでしょうか。意識しないぐらいの。

バクニック：日本は触れない方だと思います。

清水：あと、ナースの力っていうの、アメリカは非常に強いと思うんですよ。キャリアとしたらお医者さんと看護婦というより、多分、日本でいう、婦長、看護婦というよりはるかに権威をもって、予診的な触診からやっていって、先生の方へ連れていくと。だから、そういう点で

は日本でいう看護婦さんにないところがアメリカにはあるんじゃないかなと。それは、触れるというのは、まず看護婦さんが手に触って「血圧を測りましょうね、どこが痛いのですか、どこが悪いのですか。」と言う。単に気を抜くことをやっていますね。

三尾：主人がコンピュータの仕事をして体調を崩して、向こうで緊急のウォークインクリニックに行ったんです。アメリカ人の針、灸、マッサージって、触られるだけじゃなくて、何か自分の中で「よくなっている」という実感があるんですね。どこかが緩和される。お薬をいただいて、帰ってから飲むとか、効果が見えるまでにすごい時間がかかるんです。マッサージだったらそこがほぐれてくる。針だったら痛いという反応はありますよね。その場ですぐ変化が出るとか、その場で緩和されていきますね。その場ですぐに体をちゃんと見てもらったという安心と、フィードバックがその場で返ってくるというのがあるんじゃないでしょうか。

清水：整体の場合は、自分の体で結果が分かる。外科の場合は、例えば、「はい、じゃ、それ切ってみましょ」。ああ、このイボは切れたんだ、取れたんだという結果が自分で分かる。そういうポジティブな回路を与えてくれるんですね。内科っていうのは、やっぱり、そういう意味では非常にむずかしいんじゃないかな。三尾さんが今、おっしゃったように。お薬を飲んでください、お薬を飲むのは、病院を出てからです。やっぱり、そこで事後負担がかかってしまう。

山地：患者の側から見たときも、そういう体験というのと、それから、施術者が、成功したコミュニケーションとか、失敗した場合とかで、自分の体に起こる変化ってないのかな。こういう言葉のコミュニケーションだと、なんか、はまった時というのは、言葉の方が先に先導して、自分が後からついて行くような雰囲気になっちゃうんだよね。言葉が先に出てきて、それで、分からなそうな顔だと、「これがひょっとしたら分からないの」というので説明されて「あっ、そういうこと」というように。言葉と体がダブリつつ、自分も身軽になれるというか、その時に、実際にあるツボに手が触れて、体がぐーっと変わった時に、自分の体の中も一緒に変わるものってないのかなっていうのを、素朴に聞きたい感じがする。つまり、一緒にやっている以上は変わらずにいるはずがないっていう。

広瀬：そういう治療をする整体の先生なんか多いですね。自分がまず症状を受けちゃう。自分の中に痛みを感じちゃうとか。シンパシーがすごく体に出るという。おっしゃるようなやり方なんでしょうね。だから、胸が痛い人に会うと、なんか・・・キュッキュツと。

井上：それは、もっと、特殊な治療者みたいな特殊な状況でなくても、相手が言葉の中できちっとしゃべっていると、なんか、だんだん、こっちもこうなるし。「そうやんなあ」といわれたら、なんか、「そうでっか」と、思わず、そういう、言葉も変えられるし、態度も変えられるし。それと同じで、やはり共感が強くなってきた時というのは、治療者であっても、本当に何か体の中で細胞がおかしくなったり、なんか似たような痛みを感じたり、その人が持っているような主訴に近いイメージを強く持ってしまったら、というのはありますね。

コミュニケーションにおける「共感」

山地：さっきからいわれている「共感」というのは、我々が日常で使っている共感よりも、もっとフィジカルに近い共感を言うんじゃないのかな。こういう、咳が出るとその辺凝るよね、

って感じの共感というのは、多分、自分の体の中に受け取っている反応みたいなのがあって、だからこそ、自分の体に意識がいくところに、やっぱりいっているという。その、自分の中での関わり方と、相手の中で起こっていることとの反応というか、共応状態というのはどんな感じなのかな。だいたい意識があるのかな、それとも、そこでは起こっていないのか、どういうふうに出ているのかな。その辺は、アロマではどうなのかなと、聞いてみたいけどね。

井上：急に言えなくなったりもするんですよ。ここが痛いから、「あっ、見つけた」。多分、便秘もあるでしょう、っていうのを見つけたとしても、この人にはちょっといえないという。そんな話はしないがいい。

山地：そのコミュニケーションは成立しない。

井上：少し皆さん方にご意見を伺ってみたいと思うのは、例えば、「僕が前に行きますから、触るか、触らないかやってみて下さい。どこでもいいです。僕の体。で、どこか触ってもらった。じゃ、何でそこに決めたんですか」っていう、瞬時になんか、何かあると思うんですね。そこを触った理由というのが。そこは避けた理由っていうのもあるでしょうし。それと同じように、しゃべってて、プレゼンテーションしてて、会話じゃないですよ。話側にまわっていて、こんな口調で話すつもりだったけど、急に口調を変えたとか、柔らかくしたとか、アドリブですよ。瞬時に変わる。それはあると思うんですよ、誰でも。やってしまっていると思うんです。それは自分が変えようと思って変えているのじゃなくて、聴衆から要求された信号を受けて変えてしまっているんですよ。患者さんがドアを開けて入ってきた瞬間に、僕の治療スタイルはがらっと変わるのと一緒に。それは一緒に思っているんですよ。その瞬間のコミュニケーション、なにか、よくしようと思って変えているには間違いはないんですよ。悪くしようじゃなくて。その何かを知れば、スピーチ中の話し方も上手に変調して、相手の聞きやすいプレゼンテーションをするでしょうし、治療も、間違ってもいいと思うんですよ。しゃべらないでおこうと思っていたけど、あ、違っていったっていうのもあると思うんです。違ったと思ったときに変えるのはいろんな現象があるかも知れませんが、その変わる時の信号、相手は何もいってないのに、何も信号を出してないようにしているのに。

山地：外側から見える。

井上：患者の悪い状態に自分も付き合っ、共感を持ってやるというのも一つの大事なことだと思うんですよ。男性女性の付き合いの中でも、美容室に行くととてもすてきなヘアスタイルが決まって、すてきな洋服を買ってきたんでデートしましょうっていわれて、じゃ、僕もドレスアップで行くよって行ったときの思い出ってそう残っていない。ですけども、髪の毛を切るのを失敗して、思ったようにならなくて、めちゃくちゃになっちゃったって泣いているときに、僕が坊主頭にして、今日は二人で部屋でゲームをやっているよっていったときは、もう、すごい深い共感、悪い方に付き合うというのはすごい深い共感につながると思うんですよ。だから、病気の人に健康な治療をやっている僕が、その気持ちに付き合うというのは、向こうも、ただの共感じゃなくて、ものすごく深い共感じゃないかなと思うんですね。それを、ドアを入ってきた瞬間に、いろいろこちらが変えるという、その呼吸、空気を少し皆さんに問いかけながら、出てきたものを持って帰りたいと思います。

岩田：高専での担任で、学生に対して、通り一遍のことばかり言っていると、すれ違い起こりま

す。といって、こっちが向こうの言うことを全部受け取れるのが「共感」にはなりませんよね。何か呼吸みたいなものがありますよね。一人一人に対しても、40人全体に対しても問いかける「つぼ」があるような気がします。そのおさえどころがなかなか分からずにいるんですけどね。

井上：今日、全部の答がでなくても、僕も、何かスイッチが入りかけそう。

岩田：コミュニケーションというと、アンテナがあって、その張り具合は人によってそれぞれ違うわけですね。

三尾：医療では、悪い部分をみてくれて、暖かく励ましてくれて、ちゃんと話を始めから聞いてくれて、治療に対する姿勢を応援してくれるとコミュニケーションがうまくとれたって感じました。

山地：ヒヤリングじゃないんだよね。コミュニケーションは目的があって行っているはずだから。そこで得られる共感とか。

三尾：話しかけが柔らかかったとか、暖かい言葉をいってくれたとか人当たりのいい感じのお医者様がいらっしゃるんですけど、この場合はそうじゃないんですよね。やはり励ましてくれる人とかが・・・。

清水：井上先生は、結局、疑似体というか。井上先生がこうこうされ、そして、その患者さんがそれにあるリスポンスを、体に表すなり、言葉に出しておっしゃる。僕のところでは学生の留学指導するんですけど、なにを目標に一番指導するかと言うと、1982年に自分が留学する前にどれだけ苦労したかを話をするんですね。彼らに吸収してもらわなければいけない。いらないことは僕は後回し。みんなの痛みはわかりますよ、痛みをとるためには、幾つかの方法があるでしょう。ただ、それをやるのは皆さんであって、という、なんかそこに共通したところがあるかなと。自分のレベルを相手に下ろしておいて、彼らは彼らなりのプラグをもってくる。そうすると、彼らの中で一つのそういうサイクルを置くのと同時に、コミュニケーションの中で、ちょっと先生がおやりになるだろう「つぼ」を押していくと彼らは生きる。という感じがするんですよ。

山地：あともう一つ。患者が施術者になるというのは効果ないのかな。というのは、例えば、釈迦地蔵、釈迦菩薩に痛いところに金箔をはったりするでしょ。それだけで効果があるような感じがするのよ。なんか、自分の痛いところをこうやって、やるだけでも、こっちの側に反応が出てくるって感じがするんですよね。逆に、そういう施術者役割をとってもらって、自己治療していくような教育は可能かなって。

井上：その、お人形さんでもいいんですけど、その一点を狙えて、指が迷わずそこを狙えるという意識が完成した時点で、もう、ここに対する自分のケアの気持ちってのが高まっていなきゃできないわけで、そこに至るまでのカテゴリーをきちんと整理できれば、教育になると思います。

三尾：家に治療用のお人形があるんですよ。自分でマッサージすると、こうやって押せないところが。暗示療法ですね。呪術的に治る、治る、治るってやると治る。

井上：自己治療参加というのはものすごく大事な。

山地：生理機能にすごく影響出てきますよね。

三尾：自分が治る。自分が。

山地：僕にやったら、あなたが治る。

片野：子供が家で、施術者の真似をするというのがよくあるんですよ。あんなに治療するのを嫌がったのに、どうして家に帰ってやりたがるのか不思議だったのですが、そういうことですかね、妹にやったり。

三尾：それでね、変なことをお話しますが、おしっこトレーニングってあるんです。お人形さんにトイレットパンツを作るんですね。それで、とれちゃうということ、ありますから。ちょっと関係なかったかな。

山地：いや、関係あると思いますよ。図と地を反転するような感じでね。「指圧の対人関係をモデルにしたコミュニケーション」ってのは、齊藤孝先生が11月に来られますので、その時にまた改めて議論する予定です。

担当

福岡大学医学部公衆衛生学教室

院生 井上晴豪

【テーマ】

1. コミュニケーションを考える上での「ふれる」こと、「ふれられる」ことの意義。

～医療従事者・患者関係に焦点を当てて～

2. 視覚障害者と聴覚者の対話コミュニケーション

医学領域での動向

様々な分野から、「患者主体の医療」の重要性が叫ばれ久しい。平成 11 年にまとめられた世論調査の結果では、「これからの医療、医師に対して望むこと」として、「患者の立場に立った医療」が第 1 位となり、その他に挙げられた項目においても、「治療や投薬について、よく説明して欲しい」「待ち時間を短くして欲しい」「何でも相談できる窓口を設けて欲しい」などが上位を占め、「高い医療技術を身につけて欲しい」との意見は少数で、挙げられた全 12 項目中の、9 位であった。(東京都調べ)

このような世論を受け、また医学界自身においても、最近の医者や医学生のコミュニケーション能力が低下してきているとの問題意識を、全国の医学部や文部省が抱き始め、それに対する幾つかの対策がとられ始めている。

医師のコミュニケーション能力を高めるための幾つかの対策

〔1〕OSCE(Objective Structured Clinical Examination)の導入

臨床能力を評価する試験法で、認知、精神運動、情意、の各領域の評価に使用可能で、中でも精神運動領域の評価法として画期的なものであるとして、Harden らにより 1975 年に紹介された。

カナダでは、医師国家試験の一部として採用されており、たとえ筆記試験において医学知識が十分に習得されていると判断されても、対人コミュニケーション能力が不十分と判定されれば、医師としての適性を欠くとみなされる。

我が国の医学教育界においても、学生が臨床実習にはいる前の教育方法として、多くの大学や学部で導入されてきているが、内容については標準化されているとは言えない。

福岡大学医学部においても、健康管理科を中心としたグループが導入を進めているが、診断学の実技試験的要素が強く、問診の効率化を図る傾向にあるのが実状のようである。

〔2〕SP(Standardized Patients)の導入

標準模擬患者像を設定し、医学生がその「役」を演じてみることで、「患者の立場に身を置いてみる経験」をさせることを目的とした方法。OSCE を行う中での“患者役”にあたるもの。

アイマスクを着用して町を歩いてみる、いわゆる盲人体験学習などは SP とはいえない。

OSCE を行う中では、SP を演じるのは「先輩医師」が選ばれやすく、患者役を行いながら、医師役の学生をチェックする。つまり、患者役とジャッジの 2 役を受け持つ。

〔3〕医学部学士編入学制度

最近の医師、医学生のコミュニケーション低下の原因は次のような理由に起因すると言われている。

(資格、進学情報誌『エグゼクティブ』・ダイヤモンド社による、文部省への取材記事から)

「理系で最難関の学部のため、偏差値エリートが集中する。その弊害として、医学部入学の受験勉強に時間を割き、社会勉強となる様々な経験が不足したまま入学する結果となる。」としている。その対策として、あまり勉強をせずに（？）社会勉強をしたはずであろう、他学部の卒業生を、医学部の2年、または3年次に編入させるという制度を設けた。また、2003年までに、ほとんどの国公立大学医学部が、学士編入学制度を取り入れる計画を持っている。

私が考える医師・患者間のコミュニケーション

- (1) 本当にコミュニケーション能力が低下しているのか？
- (2) 予診、問診カテゴリーの疑問

東洋医学（鍼、灸、按摩、マッサージ）領域の診察の特徴

【四診法】

望診：表情、毛髪、皮膚、爪、舌、眼球などの色、光沢、性状を診る

問診：患者の訴えを聞く。

聞診：声の性状、呼吸音を診る。同時に口臭や体臭を診る。

切診：手や指先で患者の身体（経穴）に触れ、皮膚、筋肉の性状、圧痛などを診る。

(1) 問診と施術が同時進行で行われる

まず、患者と施術者が椅子に座るなどして向かい合い、施術者がカルテ記入をしながら話を聞く。といった状況はあまりとらない特徴がある。（鍼灸師、マッサージ師の職場 22 件の調査を行ったが、診察室に椅子を置いていたのは1件のみであった。）

患者への質問は施術を行いながらなされているが、これにはどのような理由があるのだろうか？

① 施術時間をなるべく長くとり、患者の満足を得たい。

マッサージは施術所要時間により料金に変化する。

保健適応なしでは、1分 100 円程度が相場。

② 問診が終わらないと、施術しないと印象を与えたくない。

どのような患者でも疲れていると思うから。

施術へのバリアフリー意識

③ 早く安楽な姿勢にさせてあげたいので。

④ 患者も施術者も簡単な言葉（医学的知識を要しない）で情報交換できる。

「そこら辺」「もう少し下の方」「そのぐりぐりしたところ」「こうすると痛いです」

④ 患者への質問の幾つかは、手先からの情報により構築される。

「ここを圧すとそんなに痛いと言うことは、最近便秘がちなのではないですか」

⑥ 患者自身も、触れられたことで新たな自己身体情報を認識し、施術者に伝達できる。

「右だけが痛むと言いましたが、圧されると左も痛みます」

「そう言えば、咳が出ると、今圧しているその辺がこってきます」

西洋医学的診察は、まず問診で得た情報により仮説を立て、様々な検査を行って仮説の検証を行い、妥当性のある既存の治療指針に当てはめて治療を行うといった特徴がある。このため、仮説を検証す

るために必要な、分岐点的質問項目を、効率的に患者に回答させることが、「患者にとっても、医師にとっても喜ぶべきスピーディーな診察」となる。予診票などはこの典型的例といえる。

こうなると患者はもはや「人」として扱ってもらえている気がしなくなるでしょう。医師が求める情報のみを、効率的に引き出される検体（サンプル）のような気にさせられ、その結果、「患者の立場を理解していない」との評価を受けているのではないのでしょうか・・・？

（２）患者の身体に触れながら話をする効果

患者の主我に近い診察点の導き、施術の強弱、言語表現などが生まれやすくなる。

単純化した枠組みで対人認知しない、個別的対応型治療の印象を与えやすい。

視覚障害を持つ鍼灸師、指圧・按摩師と患者間のコミュニケーション

（１）視覚障害者と晴眼者の対話

晴眼者は、対話相手が視覚障害者であると認識すると、自然に合い槌を増やす傾向がある。

晴眼者は視覚障害者に対し、あらかじめ「合い槌を多く打ってもらおうと話しやすい」と、こつを教えられたわけではないのに、無意識に相手の主我に接近している。

診察場面の患者との対話においても、同様に合い槌の増加が観察できる。また、合い槌の増加にとどまらず、会話全体の情報量も増加し、自己治療へも積極的な姿勢をとりやすくなる傾向がみられる。